

DES
OCCLUSIONS INTESTINALES
APRÈS LES LAPAROTOMIES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ERNEST TUJA

Né le 24 Mars 1867, à Langeac (Haute-Loire)

Ex-interne des Hôpitaux de Lyon (Concours de 1891)

Ex-préparateur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Lyon.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545906_0047

DES
OCCLUSIONS INTESTINALES
APRÈS LES LAPAROTOMIES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ERNEST TUJA

Né le 24 Mars 1867, à Langeac (Haute-Loire)

Ex-interne des Hôpitaux de Lyon (Concours de 1891)

Ex-préparateur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Lyon.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL.
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. POLLOSSON Aug. et JABOULAY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention dans ce mémoire d'éluider définitivement la pathogénie des occlusions post-opératoires. Nous avons simplement essayé d'arriver à une conception schématique de leurs origines multiples.

Ces accidents survenant après les laparatomies ont été assez peu étudiés, et, en compulsant les différentes statistiques, nous restons étonnés de ne les voir signalés que fort rarement. Nous croyons que cette rareté même tient au moins en partie à une connaissance incomplète des facteurs qui leur donnent naissance.

Quatre chapitres composent notre thèse.

Dans le chapitre I^{er}, nous ferons un historique succinct de la question.

Le chapitre II sera consacré à la classification et à

l'étude des différents groupes d'occlusions qui peuvent survenir après les laparatomies. A propos de chacun d'eux nous relaterons un certain nombre d'observations qui serviront de base à notre étude critique.

Dans le chapitre III, nous essayerons de faire le diagnostic entre l'occlusion intestinale et la laparatomie.

Enfin notre dernier chapitre sera consacré à la thérapeutique des accidents dont nous aurons fait l'étude.

Nous résumerons sous le titre *Conclusions* les faits les plus intéressants de notre travail.

Arrivé au terme de nos études, il nous est un devoir agréable de nous rappeler tous les maîtres qui se sont intéressés à nous.

Nous remercions d'abord M. le professeur Fochier, d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; quelques semaines passées auprès de lui comme interne et un semestre vécu à la Charité nous ont permis de profiter de son enseignement qui nous sera si précieux.

MM. les agrégés Auguste Pollosson et Condamin nous ont témoigné un intérêt et une bienveillance dont nous sommes vivement touché. Dans son service de l'Hôtel-Dieu, où nous avons passé treize mois consécutifs, M. Auguste Pollosson a guidé nos premiers pas dans les études chirurgicales et il a bien voulu nous permettre d'acquérir un peu d'expérience, en nous laissant une initiative dont nous serons toujours très fier. M. Condamin,

en nous acceptant dans ses conférences d'agrégation, nous a fait un honneur que nous savons largement apprécier. Son enseignement nous servira pendant notre existence entière. Nous regrettons vivement de ne plus pouvoir écouter ses leçons et nous lui demandons de conserver toutes ses sympathies à un de ses anciens élèves. Nous nous rappellerons toujours avec plaisir le temps passé dans les services de MM. Poncet, Carrier, Maurice Pollosson. M. Testut en nous acceptant pour aide d'anatomie à la Faculté nous a témoigné une bienveillance dont nous lui demandons la permission de lui exprimer toute notre reconnaissance.

Mes collègues d'internat voudront bien accepter la dédicace de cette thèse, en souvenir des années que nous avons vécues ensemble.

DES

OCCLUSIONS INTESTINALES

APRÈS LES LAPAROTOMIES

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'occlusion intestinale consécutive aux laparatomies ne commence à être bien connue que depuis fort peu de temps. Des accidents de cet ordre ont bien été signalés dès 1860, par Spencer Wells ¹. En 1866, Kœberlé ² en a publié une observation. Après eux, nous trouvons des cas isolés de Léopold ³, Obshausen ⁴, Skutsche ⁵ et autres que nous citerons dans nos observations. Mais ce sont de simples

¹ Spencer Wells, *Stat. d'ovariotomie (Medic. Times and Gazette, 1860, 10 mars)*. — Id., *British medical Journal*, 1879. — Id. *Med. chir. tr.*, Lond., 1881, 2 S., 167-183.

² Kœberlé, *Gaz. des Hôp.*, 1867.

³ Léopold, *Dreisig Laparatomien*, mai 1879.

⁴ Obshausen, *Die Krankheiten der Ovarien*, Stuttgart, 1886.

⁵ Skutsche, *Correspondenzblätter des allgemeinen ärztlichen Vereins*, von Tübingen, 1886.

publications sans commentaires et il nous faut arriver à 1888, pour trouver sur cette question un premier travail d'ensemble. A cette époque Wolf Hirsch ¹ publia dans les *Archives de Gynécologie*, de Berlin, une série de quatorze observations relatives à notre sujet. Peu après la thèse de Collas ², donna un résumé de la question. Tout récemment William Easterly Ahston ³ a publié un mémoire où nous trouverons de précieuses indications.

Ajoutons à cela quelques observations parues dernièrement et dont nous nous occuperons dans ce mémoire, et nous aurons à peu de chose près le bilan de tout ce qui a paru sur la question.

Comme nous le disions ailleurs, nous croyons qu'un certain nombre de cas ont échappé aux investigations chirurgicales. Certaines formes relatives à des vices de position ou à des occlusions spasmodiques ont pu passer inaperçues. Nous insisterons à dessein sur la pathogénie de ces dernières.

Pour notre compte, nous avons pu réunir à Lyon, en deux années, dix observations qui rentrent dans le cadre de notre étude.

¹ Wolf Hirsch, Quatorze observations d'occlusion intestinale après ovariectomie (*Arch. für Gyn. c.*, Cologne, 1888. Berlin, Bd. 32. Hft. 11, p. 247).

² Collas, *Occlusion intestinale après les laparatomies*, thèse de Paris, 1890.

³ William Easterly Ahston, Occlusion intestinale après laparatomie (*The medical News*, 1892. Rés. in *Arch. gén. de méd.*, 1893).

CHAPITRE II

Classification. — Observations et étude critique.

Nous diviserons les causes des occlusions intestinales, survenant après des laparatomies en cinq grandes classes :

1° *Occlusions dues à des adhérences intestinales à des surfaces cruentées* : Pédicules, péritoine pariétal, épiploon, surfaces de l'intestin elles-mêmes..., etc. ;

2° *Occlusions dues à des brides* ;

3° *Occlusions dues à des positions vicieuses de l'intestin* : Volvulus, nœuds, engagements dans des orifices anormaux, déplacements entraînant des compressions ;

4° *Occlusion de forme spasmodique* ;

5° *Occlusion due à des fautes opératoires*. Cette dernière classe ne sera abordée que pour être complet.

A propos de chacune de ces catégories, nous résumerons les observations qui nous ont paru bien probantes et c'est sur leur étude que sera édifiée notre critique.

**1° Occlusions dues à des adhérences
intestinales au niveau des surfaces cruentées.**

OBSERVATION I. — Léopold (*Dreistg Laparatomien*, mai 1879. Résumée *in th.* de Collas.)

Ovariectomie double.

Mort le sixième jour. La malade avait présenté tous les symptômes d'une occlusion intestinale. Mort sans intervention secondaire six jours après l'opération.

Autopsie. — Pas de péritonite. Soudure intime du gros intestin avec les deux pédicules et coudure à leur niveau.

OBS. II. — Olshausen (*Die Krankheiten der Ovarien*, Stuttgart, 1886. Rés. *in th.* de Collas.)

Ovariectomie Tumeur de 20 kilogrammes.

15^e jour. — Premiers symptômes d'occlusion intestinale.

21^e jour. — Deuxième laparotomie. Adhérence intestinale et coudure au niveau du pédicule, ayant déterminé l'occlusion. Guérison rapide.

OBS. III. — Skutsche (*Correspondenzblätter des allgemeinen ärztlichen Vereins von Tübingen*, 1886. Rés. *in th.* de Collas.)

Kyste de l'ovaire droit. Ovariectomie.

Mort le quatrième jour. La malade avait présenté des symptômes d'occlusion intestinale.

Autopsie. — Adhérence de l'intestin grêle au niveau du pédicule cruenté et coudure à ce même niveau.

OBS. IV. — C. Jacobs (*Bull. de la Soc. Belge de gynécologie*, 1889.)

R troflexion adhérente.

18 juillet 1889. — Laparatomie. Double salpingectomie. Tamponnement pour arrêter hémorrhagie.

19 juillet. — T. 36 8. Vomissements. Douleurs abdominales. Nouvelle laparatomie pour retirer les tampons.

20 juillet. — Pas de fièvre. Symptômes d'occlusion intestinale très prononcée. Troisième laparatomie. On détache une adhérence de l'S iliaque avec coudure au niveau du pédicule droit.

Guérison consécutive.

OBS. V. — W. Easterly Ahston (*The medical News*, 1892. Rés. in *Arch. gén. de méd.*, 1893.) Observation rapportée par Ahern.

Laparatomie pour un kyste énorme de l'ovaire droit. Adhérences.

Symptômes d'occlusion intestinale. Réouverture le neuvième jour. Adhérences intestinales avec coudure au niveau du pédicule. *Guérison*.

OBS. VI. — (Inédite. Recueillie dans le service de M. Aug Pollosson.)

Femme de trente-huit ans. Kyste de l'ovaire droit avec

quelques adhérences au péritoine pariétal. Petits kystes de l'ovaire gauche.

Double ovariectomie. Les pédicules liés sont abandonnés dans la cavité péritonéale.

Tout va bien pendant le premier septénaire. Les cinquième, sixième et septième jours qui suivirent l'opération, la malade eut une selle toutes les vingt-quatre heures. Pas de fièvre.

Du huitième au dixième jour pas de selles. Purgatifs impuissants.

12^e jour. — T. 36°3. Symptômes d'occlusions intestinales très prononcées. Vomissements bilieux, presque fécaloïdes. Ventre peu douloureux, non météorisé. En raison des selles qu'on a obtenues à la fin du premier septénaire, l'interne croit pouvoir temporiser jusqu'au lendemain.

13^e jour. Vomissements fécaloïdes. Collapsus très prononcé.

Réouverture de l'abdomen à 11 heures du matin. On constate l'asepsie péritonéale.

Eviscération de la masse intestinale. On constate une double adhérence avec coudure au niveau du pédicule droit. Une petite ulcération intestinale siégeant au niveau d'une coudure laisse sourdre une petite quantité de matières fécales. Occlusion de cet orifice pour quelques points de suture séro-séreuse.

Mort cinq heures après l'opération dans le collapsus.

Autopsie. — On trouve une nouvelle adhérence de l'intestin grêle au pédicule dans une région inférieure à celle qu'on avait libérée. Mais l'intestin non coudé à son niveau se laissait facilement traverser par un courant d'eau. Il n'y avait plus de causes d'occlusion. La suture séro-séreuse de l'orifice constaté a été reconnue suffisante par l'épreuve de l'eau.

L'insuccès opératoire doit, semble-t-il, être mis sur le compte d'une intervention trop tardive.

OBS. VII. — (*In mémoire précité de W. Easterly Ahston.*)

Laparatomie pour un kyste de l'ovaire adhérent au péritoine pariétal.

Symptômes d'occlusion intestinale. Réouverture le vingtième jour. On détache une anse d'intestin adhérente au niveau de la surface cruentée. *Guérison.*

OBS. VIII. — Quénu (De l'occl. int. après les laparatomies. *Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, 25 septembre 1894.)

Kyste ovarique droit.

Laparatomie le 15 janvier 1894. Pas d'adhérences. Large pédicule sur lequel on applique une ligature en chaîne.

L'ovaire gauche atrophié est laissé en place.

Avant de fermer l'abdomen, suivant l'habitude du chirurgien, on attire et on étend le grand épiploon au-devant de la masse intestinale.

Symptômes d'occlusion consécutifs. Pas de température,

Réouverture le cinquième jour après l'opération. On constate que le grand épiploon étalé lors de la première intervention a disparu. En déroulant les anses intestinales, on éprouve une légère résistance du côté du petit bassin; par une légère traction on amène une anse intestinale coudée en canons de fusil et présentant près de son sommet une sorte de champignon de matière fibrineuse, vestige évident d'une adhérence qui avait dû se faire au niveau du pédicule cruenté.

Guérison consécutive.

Ces huit cas, ainsi que nous le faisons constater en passant, sont tous relatifs à des adhérences aux pédicules

cruentés. Voici d'autres observations où nous trouverons des adhérences établies avec d'autres surfaces avivées, péritoine pariétal, épiploon, parois externes de l'intestin.

OBS. IX. — Ernst Sonntag (*Berlin. klin. Woch.*, décembre 1887. — Rés. in *Revue de Hayem*, t. XXXI, p. 586)

Double ovariectomie pour accidents dysménorrhéiques. Réunion par seconde intention de la suture tégumentaire. Neuf mois après, accidents d'occlusion intestinale chronique.

Laparotomie nouvelle. Paquet d'épiploon soudé au péritoine pariétal et ayant entraîné des anses intestinales qui se sont aplaties et coudées. Excision de la cicatrice et ablation d'une masse épiploïque.

Guérison consécutive.

OBS. X. — De Lucas Championnière (relatée *in th.* de Collas).

Ovariectomie pour kyste de l'ovaire adhérent. Déchirures épiploïques.

Mort le septième jour.

Autopsie. — L'épiploon déchiré s'était accolé à une anse d'intestin grêle à 1 centimètre au-dessus de la valvule de Bauhin, et cette anse tordue sur son axe avait déterminé une occlusion intestinale complète.

OBS. XI. — De Lucas Championnière (relatée *in th.* de Collas).

Femme de trente-cinq ans.

Kyste multiloculaire adhérent. Ovariectomie avec larges résections épiploïques

Dix-sept jours après, deuxième laparotomie pour symptômes d'occlusion intestinale.

On détache quelques anses d'intestin adhérentes aux sections épiploïques.

Deux heures après, selle. *Guérison*.

OBS. XII. — Terrillon (*Annales de gynécologie*, 1892).

Ablation d'un gros fibrome de 14 kilogrammes.

Neuf mois après la laparotomie, symptômes d'occlusion intestinale à marche aiguë.

Deuxième laparotomie. On trouve des anses intestinales comprimées par un gâteau épiploïque et adhérentes à lui. On les libère.

Guérison consécutive.

OBS. XIII. — Lucas Championnière (*Annales de gynécologie*, 1892).

Ovariectomie. Bon état pendant huit jours.

Premiers signes d'obstruction au neuvième jour. Deuxième laparotomie à la soixante-douzième heure du début de l'occlusion. On trouve des anses intestinales englobées dans un tissu fibreux dense et adhérentes à l'épiploon.

Libération des adhérences. *Guérison*.

OBS. XIV. — (Même indic. bibl.).

Relative à une opération pour hernie étranglée. Deux réouvertures furent nécessitées par des symptômes d'occlusion intestinale.

La première fois, on trouva une hernie rétro-inguinale de Ramonède. La seconde fois, des anses intestinales agglutinées entre elles qui furent libérées.

De nouveaux accidents nécessitèrent l'établissement d'un anus contre nature. *Guérison* avec fistule.

OBS. XV. — Villeneuve, de Marseille (in *Annales de gynécologie*, 1892).

Néphrectomie transpéritonéale pour cancer. *Mort* au vingtième jour sans accidents septiques au milieu de symptômes d'occlusion intestinale.

Enfin, il est un certain nombre d'occlusions post-opératoires qui touchent moins directement à notre sujet. Ce sont celles qui sont dues à l'application de drainages intra-péritonéaux. Ces cas se rencontrent surtout dans le tamponnement à la façon de Mickulicz, ce dernier est nécessairement suivi d'une réaction des tissus qui entraîne la cicatrisation de la poche contenant le tamponnement. Dans ce travail de cicatrisation il se produit forcément de la péritonite adhésive et les anses intestinales viennent se fixer plus ou moins autour de la paroi néoformée. Ce travail peut s'effectuer sans accidents, mais il peut produire aussi des phénomènes d'occlusion. Dernièrement un auteur allemand, Schiffer¹, a attiré l'attention sur ces obstructions qui sont surtout consécutives aux opérations portant sur les ablations d'annexes pour pyosalpinx, cas tout particulièrement justiciables de Mickulicz. M. Gouil-

¹ Schiffer, *Centralblatt für Gynecologie*, septembre 1894.

loud a bien voulu nous fournir quatre observations qui démontrent d'une façon très nette le rôle des pièces de drainage dans la production des adhérences.

OBS. XVI. — (Due à l'obligeance de M. Gouilloud. Recueillie dans le service du professeur Laroyenne).

Malade âgée de vingt-huit ans.

Pyosalpinx gauche.

Extirpation par le vagin. Pince courbe à demeure sur le pédicule. Mèche de gaze iodoformée introduite comme drainage dans la cavité abdominale.

Troisième jour. — T. 39°5. État très alarmant. Symptômes d'occlusion intestinale.

Cinquième jour. — T. 39°7. Mort.

Autopsie. — A 30 centimètres au-dessus du cæcum, intestin grêle distendu ; gros intestin et cæcum affaissés.

Les 30 centimètres d'intestin grêle affaissés correspondent à une anse qui plongeait dans le petit bassin et devait être adhérente à la mèche de gaze iodoformée qui tient également à des appendices graisseux.

OBS. XVII. — (Due à l'obligeance de M. Gouilloud).

Dans un autre cas de M. Gouilloud, l'ablation de la mèche d'un Mickulicz, établi après extirpation d'un double pyosalpinx, amena à sa suite un lambeau d'épiploon qu'il fallut réséquer. La malade guérit.

OBS. XVIII. — (Due à l'obligeance de M. Gouilloud).

Veuve L..., entrée dans le service de M. le professeur Laroyenne le 11 décembre 1890, vingt-six ans.

4 février 1890. — Ablation d'annexes pour salpingite double, douloureuse, entraînant incapacité de travail.

Mickulicz intra-abdominal.

5 février. — T. 38°6 le matin, 38°8 le soir. Pouls difficile à compter. Vomissements. Crises hystériques. Pas de selles, pas de gaz.

6 février. — T. 39°2 le matin, 38°4 le soir. Pouls très inégal impossible à compter. Facies grippé. Un peu de ballonnement du ventre ; vomissements liquides.

7 février. — T. 38°2 le matin, 38°1 le soir. Vomissements continuels. Pas de selles, pas de gaz.

8 février. — T. 39°2 le matin, 37°7 le soir.

9 février. — T. 38°6 le matin, 38°9 le soir. Pendant ces derniers jours, les vomissements continuent et il n'y a toujours ni selles, ni gaz.

10 février. — Mort.

Autopsie. — Météorisme énorme. Mais pas de liquide dans le ventre, pas de pus, pas de fausses membranes. Donc, pas de péritonite, malgré l'hyperthermie qui a été constatée.

Le Mickulicz est vu en place. Une anse intestinale croisant transversalement sa face supérieure lui adhère ; son volume n'atteint pas celui d'une anse normale. Au-dessus d'elle, dilatation extrême de tout l'intestin grêle. Coudure avec angle bien net au niveau du bout supérieur de l'anse adhérente. 20 centimètres plus loin, autre point où l'intestin est encore coudé, bleuâtre. Peut-être, y avait il encore là quelque adhérence.

Le premier coude se trouve à 50 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. Le gros intestin est absolument aplati

Obs. XIX. — (Due à l'obligeance de M. Gouilloud).

M. B..., entrée dans le service du professeur Laroyenne, le 8 mai 1891.

30 mai. — Ablation d'un kyste de l'ovaire, peut-être un sarcome non pédiculé. Drainage de Mickulicz.

31 mai. — T. 38°8 le matin, 39°3 le soir.

1^{er} septembre. — T. 38°8 le matin, 39 le soir. Ni selles, ni gaz.

2 septembre. — T. 39°4 le matin, 39°2 le soir.

Ballonnement du ventre. Pouls 140. Facies mauvais. Ni selles, ni gaz.

3 septembre. — Etat bien alarmant. Occlusion intestinale bien difficile à diagnostiquer d'une péritonite.

On enlève le Mickulicz. On remarque qu'à sa partie supérieure des anses intestinales lui adhèrent. Elles sont entraînées et on doit les détacher au niveau de la paroi abdominale. Aucun liquide ne s'écoule ; pas de pus, pas de sang.

4 septembre. — La malade meurt sans symptômes bruyants.

Autopsie. — Aucune trace de péritonite. Intestin grêle dilaté jusqu'à 1 mètre de la valvule iléo-cæcale. Au point où cesse la dilatation et aux alentours, on remarque sur l'intestin des traces d'adhérences au Mickulicz. Ce sont de larges plaques de dépoli éparses sur le dernier mètre d'intestin grêle qui diminue brusquement de volume à partir de leur apparition. Au-dessous d'elles, l'intestin grêle et le gros intestin sont totalement affaissés. Bref, le Mickulicz a certainement été la cause de l'occlusion.

Nous remarquerons incidemment que, dans ces deux dernières observations, l'hyperthermie a été assez accen-

tuée bien qu'il n'y ait pas eu de péritonite constatée. *M. Gouilloud se demande si la stercorémie seule, résultat de ces occlusions, n'est pas la cause de ces élévations de température et il croit que l'occlusion intestinale peut déterminer une intoxication hyperthermisante.*

Ces quatre dernières observations démontrent d'une façon non douteuse que les drainages intra-abdominaux par la méthode de Mickulicz peuvent déterminer des occlusions par adhérences et coudures de l'intestin. Mais il s'agit là de cas un peu spéciaux. Le plus souvent on a opéré dans des milieux infectés ou tout au moins on a à redouter l'infection. On comprend facilement alors que les interventions secondaires ne puissent être les mêmes que celles qu'on sera autorisé à pratiquer sur un milieu resté très probablement aseptique. En ouvrant le ventre on pourrait transformer une infection localisée en péritonite généralisée. Le cadre de ces occlusions mérite donc d'occuper une place à part, il pourrait même demander une étude spéciale. Nous en redirons quelques mots dans notre chapitre de thérapeutique.

ÉTUDE CRITIQUE. — Si nous faisons abstraction des observations XVI à XIX qui s'adressent aux occlusions dues à des Mickulicz, nous avons quinze observations probantes d'occlusions intestinales survenues après des laparatomies et occasionnées par des adhérences à des surfaces cruentées. *Leur mécanisme* se comprend facilement : L'intestin contracte une adhérence avec un pédicule, avec un lambeau d'épiploon ou toute autre région avivée ; il se trouve ainsi dévié ou déplacé, et cette situation nouvelle entraîne la production d'une coudure. Cette coudure

atteindra son maximum avec le travail de cicatrisation qui s'effectuera entre les points en contact.

Sur les quinze cas que nous relatons dans ce mémoire, nous trouvons onze réinterventions qui ont donné dix guérisons et une mort.

Quatre abstentions qui furent suivies quatre fois de mort.

Dans le cas où la mort survint après une intervention secondaire, il est reconnu que la malade était presque *in extremis* et dans un état de collapsus qui l'entraîna quelques heures après l'opération.

Nous ne saurions trop insister sur ces résultats de l'intervention secondaire, mis en parallèle avec ceux de l'abstention. Ils sont plus éloquents que tous les plaidoyers.

Avant de passer à la seconde classe des occlusions qui nous occupent, nous voulons nous demander s'il n'est pas de moyens de prévenir ces adhérences. Cette étude sera, croyons-nous, mieux placée ici que dans notre chapitre de thérapeutique.

Cette question a été discutée déjà il y a plusieurs années : A Berlin on avait songé à lutter contre ces accidents par des procédés détournés et Müller ¹ s'est fait le défenseur d'une méthode dans laquelle il préconisait l'introduction de liquides antiseptiques dans le péritoine. En 1889, O'Balinski ² renversa les idées de Müller par des expériences sur des lapins d'après lesquelles il conclut :

¹ Müller, *Deutsche Zeit. f. Chirurgie*, 1887.

² O'Balinski, *Berlin. klin. Woch.*, 1889, n° 12, p. 251.

1° Les liquides aqueux sont résorbés très rapidement et loin d'empêcher la formation d'adhérences, ils semblent les favoriser ;

2° Les liquides oléagineux retardent la formation d'adhérences, mais ils provoquent des péritonites par irritation.

3° *C'est quand on s'abstient d'introduire un liquide quelconque, qu'on a les résultats les meilleurs au point de vue des adhérences post-opératoires.*

La clinique a dans ces dernières années vérifié le bien fondé des conclusions auxquelles est arrivé O'Balinski. Aujourd'hui tous les chirurgiens reconnaissent qu'il faut éviter d'introduire dans un péritoine non infecté, un liquide soit aseptique, soit antiseptique.

Mais c'est là un principe applicable aux laparatomies en général. *N'est-il pas de méthodes qui permettent de lutter spécialement contre ces adhérences que peuvent entraîner les surfaces cruentées laissées dans l'abdomen ? L'idéal serait évidemment de les supprimer : quels sont les moyens qui pourraient le permettre et quelle en est la valeur ?*

On pourra parfois faire disparaître la surface cruentée d'un pédicule en adossant ses lèvres circonférencielles à l'aide d'un surjet. Ou bien on pourra encore recouvrir sa surface de section en l'encapuchonnant avec du péritoine. C'est la *péritonéalisation des pédicules*.

Les sections épiploïques, celles du péritoine pariétal, pourront de même être traitées par des surjets ou des adossements qui supprimeront la surface cruentée du côté de la cavité péritonéale.

Coë¹ pense que, pour se mettre à l'abri de l'occlusion intestinale après l'hystérectomie, il faudrait renoncer aux pinces, faire la ligature des pédicules et la suture complète des lèvres vaginales.

Ces données de thérapeutique semblent *a priori* très séduisantes, mais elles ne sont pas toujours d'une exécution bien facile. Si dans une opération simple, il est fort possible de traiter comme nous l'avons dit un ou deux pédicules, quand au contraire nous avons à extirper une tumeur à adhérences multiples, la méthode devient bien difficilement applicable vis-à-vis de toutes les surfaces de section. Il faudra tenir compte de la longueur de l'opération et aussi de la résistance du sujet, il faudra tenir grand compte aussi de l'état d'un péritoine dilacéré qui ne sera plus susceptible d'être déplacé facilement. En résumé, il faut être éclectique, et suivant les cas supprimer ou abandonner les surfaces cruentées. On mettra en parallèle les risques que font encourir les difficultés opératoires, et ceux d'autre part, que peuvent entraîner des adhérences non fatales.

2° Occlusions par brides. — Les brides qui peuvent être le reliquat d'une intervention sur l'abdomen reconnaissent pour origine un mécanisme analogue à celui qui produit les adhérences entre surfaces cruentées. Ce sera une frange d'épiploon ou de mésentère, ou bien des débris quelconques d'une surface dilacérée qui viendront adhérer à un point de la paroi abdominale ou de son contenu. Il se constituera ainsi une sorte de jetée ou de corde

¹ *Amer. Journal of obstetric*, 1890.

sur laquelle pourront venir chevaucher et s'étrangler des anses intestinales. Les étranglements par brides n'ont du reste rien de spécial à la laparatomie. Ne savons-nous pas que ces brides sont le reliquat très fréquent d'une pelvi-péritonite ou d'une péritonite?

Voici quelques observations qui rentrent dans le cadre de notre sujet :

OBSERVATION I (*The British Journal*, 1889-1890).

Laparotomie pour maladie de la trompe.

Réouverture secondaire de l'abdomen pour symptômes d'occlusion.

Une bride épiploïque sur laquelle est venue chevaucher l'intestin, a constitué l'étranglement. Section de la bride et guérison consécutive.

OBS. II. — Müller (*Deutsche Zeit. f. Chir.*, 1887).

Ovariectomie pour kyste de l'ovaire.

Symptômes d'étranglement consécutifs. Deuxième laparotomie le dixième jour. Mort.

A l'autopsie, bride péritonéale aplatisant l'intestin.

OBS. III. (même indic. bibl.).

Femme de vingt-cinq ans.

Énorme kyste de l'ovaire adhérent à la paroi abdominale antérieure et à l'intestin.

A la suite de l'ovariectomie, la paroi abdominale antérieure

contracta des adhérences avec la paroi abdominale postérieure.

Apparition de symptômes d'étranglement pendant la quatrième semaine consécutive à l'opération. Deuxième laparotomie; *mort* quelques heures après dans le collapsus.

On trouve en un point un intestin chevauchant sur des brides et à calibre totalement effacé.

OBS. IV. — (Due à l'obligeance de M. Commandeur. Recueillie dans le service de M. le professeur Fochier).

Femme de trente-cinq ans.

Entrée à la Maternité le 22 juin 1894.

Quatre enfants bien portants.

A l'âge de vingt-neuf ans, premiers symptômes de la présence d'un kyste de l'ovaire. Troisième grossesse contemporaine de cette époque. Quatrième grossesse à trente-trois ans. Ces deux dernières se sont effectuées normalement, malgré la présence du kyste.

Ablation du kyste le 29 juin 1893, par M. Rendu. A ce moment la malade était enceinte de sept semaines.

22 janvier 1894. — Entrée à la Clinique de la Charité.

6 février. — Douleurs aux flancs et à l'épigastre. Premiers vomissements.

7 février. — Plus de cinquante vomissements. Glace sans résultat. Pas de trace de travail.

8 février. — Les vomissements sont un peu calmés par une potion au bromure d'ammonium et une piqûre de morphine.

9 février. — Douleurs et accouchement. T. 37°6 le matin ; 37°8 le soir. Le soir même, réapparition des vomissements et symptômes d'occlusion.

10 février. — Persistance des symptômes d'occlusion. T. 37°8 le matin; 37°7 le soir.

11 février. — Vomissements très fréquents. La température monte à 39°6 le soir.

12 février. — Vomissements fécaloïdes. Lavage d'estomac. Pas de selles depuis l'accouchement. Dépression extrême. Respiration faible.

Laparotomie à 11 heures du matin, par M. le professeur Fochier. Incision au niveau de l'ancienne cicatrice. A quelques millimètres de l'incision, on trouve une anse intestinale adhérente. On la détache. On explore ensuite les autres anses intestinales et, en un point très rapproché du cæcum, on trouve un point rétréci, au niveau duquel la séreuse intestinale est fendue transversalement, la muqueuse faisant hernie par la plaie. En ce point, deux tractus d'origine mésentérique formaient bride et devaient occasionner le rétrécissement. Ils sont actuellement rompus. On les résèque et on fait la suture séro-séreuse de la plaie intestinale. Au niveau de l'anse étranglée, les vaisseaux mésentériques sont thrombosés et les veines tubo-ovariques ont à l'intérieur des caillots mous, noirâtres, récents. Mort cinq heures après l'opération.

Autopsie. — Pas de lésions autres que celles constatées pendant l'opération. Adhérences des anses intestinales au voisinage de l'incision de la laparotomie du mois de juin dernier. La suture séro-séreuse était suffisante (épreuve de l'eau).

OBS. V. — Legueu (*Bull. médical*, 26 septembre 1894).

Kyste uniloculaire de l'ovaire. Opération simple. Peu après, symptômes d'occlusion intestinale.

Réintervention. — On défit les points de suture de la paroi et on agrandit l'ouverture abdominale. On vit que le

gros intestin était dilaté à droite, aplati à gauche, et que c'était dans le voisinage de la rate que devait se trouver l'obstacle. Mais on ne put le définir; la malade mourut quelques heures après l'intervention.

L'autopsie révéla à la partie postéro-inférieure de la rate des brides dures et épaisses qui reliaient la rate au mésocôlon transverse et une des brides plus volumineuses, aplattissait le côlon descendant.

Ces occlusions par brides donnent lieu aux mêmes considérations que celles qui sont dues à des adhérences entre surfaces cruentées. Nous ferons remarquer immédiatement que sur ces cinq observations avec réintervention secondaire, nous n'avons qu'une seule guérison et quatre morts. Mais sur ces quatre décès dans deux cas (obs. III et IV), l'intervention semble avoir été beaucoup trop tardive; dans deux autres (obs. II et V), l'obstacle n'a pas été levé. Comme nous le verrons ultérieurement, l'intervention hâtive dans les premiers cas, l'éviscération dans les autres auraient probablement conduit à un tout autre résultat.

3° Occlusions dues à des positions vicieuses de l'intestin. — Celles-ci peuvent reconnaître des facteurs multiples :

Ou bien une portion d'intestin s'enroule sur elle-même, se déplace de façon à constituer un volvulus, ou un nœud, ou un anneau dans lequel pourra venir s'étrangler une autre anse intestinale.

Ou bien ce sont des paquets d'intestin qui, en subissant des migrations anormales ou des mouvements de

torsion en masse, peuvent se comprimer ou se tordre de manière à obturer leur calibre.

Ou bien enfin, ce sont des anses qui s'engagent dans des orifices anormaux, ou dans des espaces étroits dont l'existence résulte de l'intervention.

OBSERVATION. I. — Schwely (*New-York medical Journal*, 1884, capt. 13. Rés. *in th.* de Collas).

Mulâtre opérée d'un kyste de l'ovaire. Symptômes d'étranglement consécutifs.

Mort le septième jour sans nouvelle intervention.

Autopsie. — Des anses intestinales étaient adhérentes à la cicatrice opératoire. On remarquait surtout une anse de l'iléon, distante de 18 pouces du cæcum, tenant fortement dans l'angle inférieur de la plaie, et autour d'elle s'était enroulée deux fois une autre anse à la suite sans doute des énergiques mouvements péristaltiques provoqués par les cathartiques.

OBS. II. — D^r Richelot (*in th.* de Collas).

Laparatomie pour fibrome utérin.

Obstruction intestinale. Mort le septième jour sans nouvelle intervention.

Autopsie. — Volvulus siégeant au niveau d'une anse intestinale qui avait contracté une adhérence avec une frange épiploïque.

OBS. III. — Le Bec (*Gaz. des Hôp.*, 1886).

Kyste multiloculaire. Ovariectomie.

Pas de péritonite adhésive.

Mort le quatrième jour. A l'autopsie, on trouve un volvulus siégeant sur la dernière portion de l'intestin grêle.

OBS. IV. — Due à l'obligeance de M. Commandeur (recueillie dans le service du professeur Poncet).

Femme de quarante-six ans. Quatre enfants.

Premiers symptômes d'un kyste de l'ovaire à vingt-neuf ans. Première ponction de ce kyste à trente-cinq ans. Grossesse l'année suivante qui évolue sans incidents.

Nouvelle grossesse à quarante-deux ans. A ce moment, douleurs intolérables dans l'abdomen qui la font rentrer dans le service du professeur Laroyenne. Celui-ci enlève le kyste de l'ovaire et la grossesse évolue normalement.

Entrée dans le service du professeur Poncet le 27 mai 1894, quatre ans après la laparotomie. Symptômes d'occlusion intestinale depuis quatre jours. Vomissements, absence de selles et de gaz rendus par l'anus, facies grippé. Pas de fièvre.

28 mai 1894. — Opération décidée et pratiquée par M. Jaboulay. Laparotomie médiane ; sous le péritoine ouvert, apparaît immédiatement une bride fibreuse de 1 centimètre de largeur étendue de la paroi abdominale antérieure jusqu'à la corne utérine gauche. Au-dessous de cette bride se voit l'intestin grêle distendu. On sectionne la bride. Elle a marqué sur l'anse sous-jacente un sillon peu profond.

M. Jaboulay jugeant que cet étranglement ne suffisait pas pour produire des phénomènes d'obstruction aussi complète, pratique l'éviscération. On arrive ainsi à trouver un nœud intestinal siégeant au-dessous du foie et constitué par des anses complètement affaissées. En examinant de près la

constitution de cette anse on voit qu'elle est formée de la façon suivante : deux portions voisines d'une anse sont soudées par une adhérence qui transforme l'anse en un anneau. Dans cet anneau s'est engagée une deuxième anse qui s'y est étranglée. La section de la bride entre deux pinces suffit à faire disparaître le nœud.

On cherche à réveiller les contractions intestinales en massant les anses dilatées dans la direction des anses affaissées.

Trois heures après l'opération, selle.

Guérison consécutive rapide.

Dans le second cadre de ce paragraphe rentrent certaines occlusions moins bien connues qui semblent reconnaître pour cause une perturbation dans les rapports normaux des anses intestinales.

A ce propos, nous nous permettrons de dire quelques mots d'*expériences inédites* de MM. Jaboulay et Adenot. Ces auteurs ont insufflé de l'air par les voies digestives supérieures. Ils ont constaté que l'air ne passe pas par le côlon descendant et s'arrête juste à l'angle colo-côlique gauche quoique l'insufflation ait été prolongée jusqu'à ce que toute distension abdominale soit devenue impossible. Glénard a justement signalé au niveau de cet angle un ligament auquel il n'attribue aucun rôle. M. Jaboulay croit qu'au contraire, dans l'espèce, il pourrait bien jouer un rôle très important. En même temps que l'air cesse sa migration dans les voies digestives, on constate que l'intestin grêle, en se dilatant, a une tendance marquée à venir chevaucher sur le côlon transverse au niveau surtout du coude, où il se réunit au côlon descendant. Le côlon

finit par être aplati par le paquet intestinal grêle, en même temps que ce dernier se trouve également bridé par la corde cœlique.

Voici précisément une observation qui semble bien être la reproduction pathologique des données expérimentales que nous venons de faire connaître :

OBS IV. — Kœberlé (*Gaz. des Hôp.*, 1867).

Femme de quarante-deux ans. Ovariectomie pour kyste de l'ovaire. Pas d'adhérences. Ligature du pédicule. Tout va bien pendant cinq jours.

Symptômes d'occlusion intestinale et mort le septième jour après l'opération.

Autopsie. — Le côlon et la plus grande partie de l'iléon étaient entièrement vides de gaz et matière stercorale. Une anse intestinale de 30 centimètres environ était repliée par dessus le côlon transverse et l'épiploon était renversé sur lui-même. Le côlon formait bride au-dessous du paquet intestinal grêle dilaté.

OBS V. — Secheyron (*De l'hystérectomie*, 1889).

Cite le cas d'une opérée de Péan chez laquelle, il fut trouvé à l'autopsie un rétrécissement très manifeste à l'anneau des deux côlons transverse et descendant.

La muqueuse intestinale était saine et l'obstacle resta introuvable.

Sans rien conclure on nous permettra d'émettre l'hypothèse d'un chevauchement du paquet intestinal grêle sur la corde cœlique.

OBS. VI (recueillie dans le service de M. Aug. Pollosson. — Inédite).

Hernie crurale droite étranglée depuis huit jours. L'intestin est néanmoins en bon état et l'opération ne présente aucune difficulté.

Les symptômes d'occlusion ne sont pas amoindris par l'opération. Il n'y a ni selles, ni gaz rendus par l'anus, mais on ne constate ni vomissements, ni ballonnement du ventre. Ces signes négatifs font répéter une seconde intervention.

Mort le septième jour après l'intervention, sans symptômes bruyants.

Autopsie. — Pas de péritonite, pas d'adhérences. On est frappé par une disposition anormale des anses intestinales. Il semble que le mésentère très court soit tordu sur lui-même. En un point voisin du cæcum, une masse d'intestin grêle est invaginée sous une autre masse d'intestin grêle et se trouve ainsi aplatie. Au niveau de la fosse iliaque gauche, on retrouve une disposition analogue. Il semble, en un mot, que ces anses intestinales aient été obstruées par une déviation de leur position normale, déviation qui doit se mettre sur le compte d'un mouvement de torsion du mésentère.

Nous croyons utile d'appeler tout spécialement l'attention sur ces positions vicieuses, parce qu'elles ont été peu étudiées, et que peut-être on pourrait trouver en elles l'explication d'un certain nombre d'occlusions dont la cause reste introuvable même à l'autopsie.

Enfin nous pouvons voir des anses intestinales s'engager dans des orifices ou cavités anormaux : trous créés à tra-

vers l'épiploon, espaces étroits créés par des rétractions cicatricielles, ou des déplacements d'organes.

OBS. VII (*in* mémoire d'Easterly Ahston).

L'auteur rapporte l'autopsie d'un individu *mort* à la suite d'une laparotomie. L'épiploon adhérent au péritoine pariétal avait formé un anneau à travers lequel l'intestin s'était engagé.

OBS. VIII. — Spencer Wells (*Medical Times and Gaz.*, 1860. Res. *in* th. de Collas).

Femme de trente-trois ans.

Ablation d'un kyste de l'ovaire multiloculaire adhérent à la paroi abdominale. Le pédicule est fixé à la paroi.

Symptômes d'occlusion consécutifs et *mort* quarante-six heures après l'intervention.

Autopsie. — Le pédicule adhérent à l'utérus et au bassin avait attiré la paroi abdominale. Il en résulta la création d'un espace où vint s'étrangler une anse de jéjunum. Pas d'infection.

OBS. IX. — Cas 17 de Spencer Wells (London, 1872. Rés. *in* th. de Collas).

Ovariectomie pour kyste de l'ovaire. Fixation du pédicule. Symptômes d'occlusion consécutifs et mort dix-huit heures après.

Autopsie. — Une anse d'intestin grêle était enclavée dans l'espace compris entre le fond de l'utérus, le pédicule et la paroi abdominale. Péritonite évidente.

OBS. X. — Schröder (Bericht über 50 ovar. *Berlin. klin. Woch.* 1879. — Res. *in th.* de Collas).

Ovariectomie pour kyste de l'ovaire. Mort le onzième jour, au cours d'une deuxième laparotomie commandée par des vomissements fécaloïdes.

Autopsie. — Le rectum était comprimé devant l'articulation sacro-iliaque droite par le pédicule adhérent à cet endroit.

OBS. XI. — Kehrer (*Centrabbl. f. Gyn.*, 1894).

Femme de trente ans. Myôme volumineux. Hystérectomie abdominale avec castration.

Symptômes d'occlusion le troisième jour. Mort le sixième jour malgré l'établissement d'un anus iliaque.

Autopsie. — Péritonite. On trouve en outre une distension considérable de tout le paquet intestinal; une nécrose avec perforation du côlon descendant et une compression totale du rectum par le myôme utérin. Les uretères étaient aussi considérablement dilatés.

OBS. XII. — (*Même indic. bibl. que précédemment*).

Ostéomalacique de trente ans.

Opération césarienne.

Occlusion deux jours après l'opération. Mort le quatrième jour.

Autopsie. — Compression du rectum par l'utérus; distension du paquet intestinal.

Kehrer¹, se basant sur ces deux dernières observations, admet que la pathogénie des accidents qui y sont signalés serait due à la compression du rectum par l'utérus qui, diminué de volume après l'opération, a pu dans les deux cas descendre plus profondément dans le bassin et amener ainsi une occlusion complète de l'intestin. A titre prophylactique, il est d'avis de ne jamais faire la castration dans les myomes de la paroi postérieure de l'utérus et de préférer à cette opération soit la myomectomie, soit l'amputation sus-vaginale.

ETUDE CRITIQUE. — Si maintenant nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur ces douze observations d'occlusions intestinales post-opératoires dues à des vices de position de l'intestin, nous sommes forcés de reconnaître que les conséquences de ces accidents sont bien désastreuses. En effet, les douze cas consignés dans ce mémoire, donnent 100 pour 100 de mortalité, douze morts. Faut-il en conclure que nous sommes ici en présence de complications contre lesquelles nous ne pouvons rien ? Ce serait vraiment conclure d'une façon non autorisée. En effet, sur nos douze cas, nous en trouvons deux seulement (obs. X et XI) dans lesquels le chirurgien est intervenu secondairement. Et encore, dans l'observation X, l'intervention a été fort tardive, puisque la malade avait déjà des vomissements fécaloïdes. Dans l'observation XI, nous avons vu que la péritonite et des accidents de nécrose rendaient inutile toute intervention chirurgicale.

Il ne faut donc pas se hâter de conclure ici à notre

¹ Kehrer, *Centralblatt f. Gynecologie*, 1894.

impuissance, mais bien au contraire, la simple logique doit nous faire admettre que l'on n'a pas fait dans ces cas tout ce que l'on pouvait faire. Est-il admissible que sur douze occlusions intestinales on en laisse périr dix sans intervenir chirurgicalement? Assurément ces cas ont une allure plus brusque dans leur apparition et dans leur évolution. Quatre fois, nous voyons la mort survenir au septième jour (obs. I, II, IV, V), une seule fois au onzième (obs. X), et nous trouvons des cas de dix-huit heures (obs. IX), deux jours (obs. VIII), quatre jours (obs. XII) et six jours (obs. XI). Il faut en tirer la conclusion que l'intervention doit être hâtive, mais elle ne doit point être rejetée. Nos résultats sont là pour prouver que l'abstention est encore la pire des méthodes.

On nous objectera peut-être que, dans ces cas, la recherche du facteur de l'occlusion est bien difficile. Nous renverrons pour la discussion de ce point à notre chapitre de thérapeutique, où nous espérons que notre lecteur trouvera une réponse à l'objection précitée dans le plaidoyer de l'éviscération.

4° Occlusions spasmodiques. — Si cette catégorie est à l'heure qu'il est la moins bien connue, ce n'est certes pas la moins intéressante. Elle a été bien étudiée dans le mémoire d'Easterly Ahston. Sur quatre observations relatées par cet auteur, nous en trouvons deux assez probantes. Nous en devons une autre plus démonstrative encore à l'obligeance de M. Jaboulay.

Nous donnerons le résumé de ces trois observations, et nous discuterons ensuite la pathogénie de ces occlusions :

OBSERVATION I. — (*In mémoire d'Easterly Ahston*).

Laparotomie pour pyosalpinx double. Lavage du péritoine.

Mort le cinquième jour.

Autopsie. — L'intestin grêle, à une distance de 8 pouces environ de la valvule iléo-cæcale, est fortement contracturé, l'obstruction est absolue. Au-dessus, énorme distension. Pas de péritonite. Pas d'adhérences.

OBS. II. — Rapp. par Baldy (*in mémoire d'Easterly Ahston*).

Hystérectomie sus-pubienne ; le pédicule est fixé en dehors du péritoine.

Réouverture le sixième jour pour symptômes d'occlusion intestinale. Mort dans les vingt-quatre heures. On n'a pas trouvé la cause de l'occlusion.

Autopsie. — Intestin libre dans la cavité abdominale. Mais en un ou deux points, il est tellement contracté qu'au toucher il donne la sensation d'une corde tendue.

OBS. III. — (Due à l'obligeance de M. Jaboulay. Inédit).

Hernie crurale opérée par M. Curtillet, chef de clinique du professeur Poncet.

Pas de température.

Pendant les six jours qui suivirent l'opération, la malade vomit et les phénomènes d'occlusion persistent.

Réouverture par l'incision première le sixième jour. On tombe facilement sur l'anse qui représentait la hernie cru-

rale. On l'attire en dehors et on constate la persistance de la double stricture qui marquait l'étranglement, sans aucune tendance à sa disparition. L'agent de l'étranglement n'existe plus et néanmoins l'intestin reste rétréci en deux points et sa lumière est obstruée.

M. Jaboulay fait des frictions sur l'anse qui est en cause, et, par pression et malaxation, il fait passer des matières d'un bout dans l'autre à travers les strictures. *Guérison* consécutive.

ETUDE CRITIQUE. — Ainsi que le décrit fort bien Easterly Ahston, ces occlusions peuvent s'expliquer par une perturbation dans les contractions physiologiques de l'intestin :

Nous savons que l'état de contractilité normale de l'intestin, constitue l'*eupéristaltisme*. La paralysie sera l'*apéristaltisme*. Ce dernier état peut survenir, croyons-nous, à la suite des précautions opératoires ordinairement en usage : repos absolu, diète, opium avant et après l'intervention. N'est-il pas très fréquent de voir les laparotomisés rester vingt-quatre heures sans rendre ni selles ni gaz, bien qu'il n'y ait pas de vomissements ou tout au moins rien qui puisse faire admettre une occlusion intestinale.

D'autre part, tous les stimulants, et surtout les stimulants locaux, peuvent produire des excitations locales aussi, qui se traduiront par une contracture anormale de la tunique intestinale. Ces contractions désordonnées d'une part, associées à des phénomènes de paralysie siégeant en d'autres points, constituent l'état de *dyspéristaltisme*. Or, y a-t-il des excitants plus puissants que ceux produits

par l'intervention du chirurgien qui malaxe la masse intestinale, pour enlever une tumeur ou libérer des adhérences ?

Prenons un intestin en apéristaltisme. L'opération pourra déterminer du dyspéristaltisme et en un ou plusieurs points, on pourra voir se créer un état de contraction qui, s'il persiste, pourra aller jusqu'à déterminer de l'obstruction. Le bol fécal pourra s'accumuler et se condenser au-dessus de ce point et sa constitution augmentera l'occlusion. Peut-être même l'état de contracture aura-t-il disparu après la mort, et à l'autopsie on ne trouvera plus qu'une accumulation de matières concrétées, ou même on ne trouvera rien du tout si la cessation de l'état de stricture a permis leur passage.

Comme nous le voyons, toutes ces théories pathogéniques sont très séduisantes et permettent d'expliquer ces cas où l'obstacle reste introuvable même à l'autopsie.

Mais en clinique il ne faut pas trop se hâter de conclure sur des données physiologiques. Nos observations sont assez probantes, mais nous n'avons pu en recueillir que trois. Permettons-nous de souhaiter pour la science la publication de nouveau cas qui achèveront de prouver l'existence de ces occlusions d'origine spasmodique.

5° Occlusions dues à des fautes opératoires. —

Nous nous contenterons ici de relater quelques observations. La critique n'a pas besoin d'être faite :

Cas relatés dans le *Bulletin de la Société*, 1893.

OBSERVATION I. — Pilate. — Compresse oubliée dans le ventre après laparatomie pour fibrome utérin.

Bonne santé pendant quatre mois. Six mois et demi après, symptôme d'occlusion intestinale chronique.

Septième mois : Expulsion de la compresse par le rectum et guérison.

Obs. II. — Terrier. — Pince à pression oubliée dans le ventre.

Séjour de dix-huit mois. Extraction par l'ombilic.

Obs. III. — Quénu et Terrier. — Cas d'éponge et compresses oubliées dans le ventre.

Péritonite mortelle.

Ces incidents sont d'un intérêt médiocre. On nous permettra de juger inutile, d'en multiplier les exemples. Ce serait du reste nous imposer une tâche ingrate, sinon d'une exécution un peu épineuse.

Il est un groupe plus intéressant sur lequel Eastarly Ahston attire l'attention. Ce sont les *fautes qui peuvent être commises dans les entéro-anastomoses*. « C'est ainsi, dit l'auteur, qu'une anse intestinale pourra se trouver enroulée ou tordue par le fait de l'avoir placée en mauvaise position au moment de l'anastomoser ; c'est ainsi également que l'obstruction pourra résulter d'une suture faite à une plaie intestinale transversale, plaie que le chirurgien aura pu produire en déchirant des adhérences au cours d'une opération. Il est en effet, à remarquer, que les plaies longitudinales de l'intestin, même si elles sont étendues peuvent être suturées sans inconvénient, tandis que les plaies transversales sont presque toujours suivies de torsion quand on les suture. »

CHAPITRE III

Diagnostic.

Il est bien évident que nous ne devons point ici faire le diagnostic de l'occlusion intestinale avec toutes les affections qui peuvent la simuler. *Le seul problème dont nous avons à chercher la solution réside dans la distinction entre la péritonite et les phénomènes d'étranglement interne.* Nous insisterons un peu sur les quelques symptômes qui plaident en faveur de l'un ou l'autre de ces états. Mais disons-le tout de suite, nous n'avons point la prétention d'arriver à une conclusion ferme, et nous croyons que ce diagnostic restera pendant longtemps encore d'une solution souvent bien difficile, sinon impossible. Notre thérapeutique aura du reste parmi ses objectifs, celui de prouver que dans le cas d'incertitude il faut agir chirurgicalement, c'est-à-dire, aller voir.

Cependant il est certains symptômes qui semblent plus spécialement être le triste privilège d'une occlusion intestinale.

L'absence complète de l'émission de matières et de gaz par l'anus peut se voir dans la péritonite, mais elle est rare.

La température élevée est un signe qui n'appartient guère qu'à un péritoine enflammé et un peu d'hypothermie est au contraire un bon symptôme d'occlusion. Cependant il semble que les phénomènes de résorption qui accompagnent la coprostase sont susceptibles aussi de produire de l'hyperthermie et le fait semble très net dans deux observations qui nous ont été communiquées par M. Gouilloud. Du reste, un léger degré de péritonite concomitante suffit pour détruire toute la valeur du symptôme température.

On dit aussi que *les vomissements* sont moins habituellement fécaloïdes dans la péritonite. C'est possible ; mais je dirai volontiers que c'est un point qui nous importe assez peu, car il ne faut point attendre pour intervenir que le malade soit arrivé à la période de ces vomissements.

La douleur est certainement beaucoup plus fréquente dans les cas d'inflammation du péritoine. C'est là un bon signe et d'une façon très générale l'exploration abdominale n'est point impossible chez le malade porteur d'une occlusion intestinale.

Celui qui a de la péritonite est au contraire presque impossible à examiner à cause des tortures que lui fait endurer la moindre palpation.

Duplay¹ a noté parfois dans les régions des flancs, un certain degré de *matité* indiquant un épanchement péri-

¹ *Arch. gén. de méd.*, 1876.

tonéal. Dans ces derniers temps, M. Gangolphe¹ a insisté sur la pathogénie et la valeur de ce même symptôme dans les étranglements internes.

O'Balinski² attache une grande importance au *météorisme local et à l'augmentation des mouvements péristaltiques*. Sur 79 cas d'occlusions purement mécaniques, les deux symptômes ont été trouvés 71 fois, 13 fois les deux ensemble, 27 fois le météorisme seul, 31 fois l'augmentation des mouvements péristaltiques. Il s'ensuivrait, d'après l'auteur précité, que, dans les cas d'obstruction intestinale où, à côté des phénomènes habituels, on trouve encore du météorisme et une augmentation des mouvements péristaltiques, on a affaire à une occlusion d'ordre mécanique qui ne peut être enlevée que par la laparotomie.

En résumé, l'étude isolée des symptômes de l'occlusion intestinale ne donne pas grands résultats. C'est là, avant tout, une question de clinique, je dirai volontiers de coup d'œil, et lorsque, à la suite d'une intervention sur l'abdomen, vous avez une péritonite légère qui se surajoute à de l'obstruction, il vous sera bien difficile de dire ce que revient à l'un ou à l'autre de ces facteurs. Comme le dit Jalaguier³ il faut avouer qu'entre l'occlusion produite par la paralysie intestinale succédant à la péritonite et l'occlusion véritable pour obstacle matériel, le diagnostic n'est pas toujours possible.

¹ Gangolphe, De l'occl. int. par étrangl. interne, (*Sem. méd.*, 1893, p. 159)

² O'Balinski, Laparatomie dans l'occlusion intestinale (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894).

³ *Traité de chirurgie*, t. VI, p. 673.

CHAPITRE IV

Traitement

Nous avons dans ce mémoire passé en revue toutes les catégories d'occlusions qui peuvent survenir après des laparotomies. Nous avons vu que les surfaces cruentées et les brides sont les facteurs les plus habituels. Nous avons insisté un peu sur les vices de position et les occlusions spasmodiques ; nous avons signalé aussi les dangers du Mickulicz, et à propos de ces cas particuliers, nous avons fait dans le courant de notre thèse une étude critique sur laquelle nous ne reviendrons pas.

Nous devons ici faire un chapitre de thérapeutique générale et nous demander :

1° *Y a-t-il des précautions préventives qui permettent de combattre l'apparition des occlusions post-opératoires qui nous occupent ? Quelles sont-elles ?*

2° *Quelle est la valeur du traitement palliatif de*

l'occlusion déclarée? Parallèle avec l'intervention chirurgicale.

3° Quelle est la manière de conduire notre intervention chirurgicale ?

1° Y a-t-il des précautions préventives qui permettent de combattre l'apparition des occlusions post-opératoires ? Quelles sont-elles ?

Nous n'avons pas à revenir sur les procédés préconisés pour la suppression des surfaces cruentées. L'étude de ce point a été faite après la relation des observations qui s'y rattachent.

Mais est-il des moyens d'empêcher le dyspéristaltisme, de prévenir les déplacements des anses intestinales ? Evidemment, nous n'avons pas de modes d'action nettement tracés. La logique nous conduirait à dire que la seule façon de parer à ces accidents serait de ne rien déranger du contenu de l'abdomen, de ne rien modifier dans ses fonctions. Jusqu'à quel point peut-on pratiquement résoudre ce problème ? Si nous ne craignons pas de trop innover, nous dirions qu'il faut être moins partisan des purgatifs répétés avant les interventions. Nous dirions aussi que l'opium ne nous paraît pas très utile. L'atonie intestinale à laquelle peuvent conduire ces précautions démontre qu'elles ne sont pas sans inconvénient. Ne pourrait-on pas se contenter de modifier simplement le régime du futur opéré, de lui donner une ration alimentaire peu abondante pendant quatre ou cinq jours, et débarrasser au dernier moment la région inférieure du gros intestin par un ou deux lavements ? Nous n'avons

point, du reste, la prétention d'imposer cette façon d'agir. Peut être vaut-elle les honneurs de quelques essais. Mais nous savons parfaitement que les précautions généralement prises à Lyon dans nos hôpitaux conduisent à d'excellents résultats dans la très grande majorité des cas.

Voici le *modus agendi* actuellement usité pour les laparatomies dans les services de MM. les professeurs Fochier et Laroyenne :

Avant-veille de l'opération : purgatif, un ou deux verres d'eau de Sedlitz.

Veille de l'opération : purgatif de même nature le matin et le soir, lavement laxatif.

Jour de l'opération : diète absolue. Pas d'opium.

Après l'intervention, diète permanente; un peu de limonade ou tilleul comme boisson. Pas de champagne à moins de collapsus.

On n'ordonne pas de potion opiacée. Si la malade souffre, on use de la piqûre de morphine, et généralement il faut en faire d'une à quatre dans les deux ou trois jours consécutifs à l'opération.

Lendemain soir de l'opération : 30 centigrammes de calomel.

Surlendemain : eau de Sedlitz : un à deux verres. Si la malade va du ventre on commence à donner du bouillon dans la soirée.

Les jours suivants, si tout est normal, on augmente petit à petit la ration alimentaire et on commence à donner de la viande le septième ou le huitième jour.

2° *Quelle est la valeur du traitement palliatif de l'occlusion intestinale? Parallèle avec l'intervention chirurgicale.*

C'est ici le cas d'être éclectique et de bien distinguer les différentes formes d'occlusion. Sans doute, ce serait sottise que d'affirmer qu'il faut bannir les moyens médicaux, de la thérapeutique qui s'adresse à un intestin obstrué. Ils sont très utiles, au contraire, quand nous avons un intestin bouché par des engouements stercoraux ou alimentaires, ou encore quand il y a simple atonie de la tunique musculaire. Ou bien si nous avons une invagination chronique irréductible, un néoplasme obstruant et inextirpable, ils pourront encore permettre de retarder une entérostomie.

Mais ces moyens ne s'adressent point aux occlusions post-opératoires qui nous occupent. Ce sont alors des brides comprimantes, des nœuds accidentels, des orifices artificiels ou des espaces étroits qui sont en cause; il se peut aussi que nous ayons affaire à une contracture localisée, comme dans l'observation de M. Jaboulay. Il est incontestable que, dans tous ces cas, la laparotomie est l'opération indiquée et efficace.

Cependant, il ne faut point être exclusif et quand on aura une occlusion à symptômes peu bruyants, quand il n'y aura pas de collapsus, que les vomissements seront peu abondants, que le ventre sera pas ou peu ballonné et restera presque indolore, on pourra essayer des moyens palliatifs. Mais on en usera avec prudence et surtout on redoublera de surveillance, se rappelant qu'ils peuvent déterminer une aggravation rapide dans

l'état du malade et nécessiter une intervention chirurgicale très prochaine.

Les armes dont on devra alors user avec une extrême prudence sont tout d'abord un purgatif doux, *purgatif d'exploration*, qui ne devra pas être répété, car s'il peut être efficace, il peut aussi être dangereux.

Les lavements portés aussi loin que possible peuvent avoir leur efficacité. On pourra, du reste, les combiner avec un purgatif. Voici une observation qui nous a été communiquée par le Dr Guillaud, dans laquelle cette technique fut suivie de succès.

N..., salle Sainte-Thérèse (service du professeur Laroyenne).

7 août 1891. — Ablation d'un cysto-sarcôme de l'ovaire gauche. Pas de pédicule.

9 août. — T. 39 degrés le matin, 38°,4 le soir.

10 août. — Tympanisme, vomissements verdâtres, ni selles, ni gaz. Obstruction intestinale bien nette. T. 38 degrés le matin, 37°,9 le soir. La veille on a donné une prise avec jalap et scammonée (25 centigrammes de chaque). Le matin on en redonne une autre identique sur les 10 heures; en présence de l'insuccès des diurétiques, on donne un lavement d'eau tiède avec le tube de Faucher engagé aussi loin que possible. On fait pénétrer un plein irrigateur d'eau tiède.

L'après-midi, selles assez copieuses avec gaz. Diminution des vomissements.

Guérison consécutive.

L'*électricité* peut donner de bons résultats, surtout dans les cas de dyspéristaltisme ou dans les pseudo-étran-

glements par parésie intestinale¹. Dans les étranglements vrais par anneaux, brides, coudures et adhérences, son rôle devient plus obscur et son utilité discutable. Boudet et Larat² en ont précisé la technique. Le pôle intestinal est constitué par une masse d'eau salée introduite dans le rectum; une sonde en gomme est immergée au sein de celui-ci et l'on fait passer par sa lumière un mandrin métallique relié à une batterie galvanique. Le danger résultant de l'action chimique locale se trouve ainsi écarté. Comme point d'application du second excitateur, on se sert d'une large plaque recouverte de peau de chamois mouillée. Comme limites extrêmes, on emploie des courants de 10 à 50 milliampères. Chaque séance doit durer de cinq à vingt minutes.

« En 1884, Küssmaul fit connaître les bons effets du *lavage stomacal* dans l'étranglement intestinal. Actuellement ses médications et son action se restreignent. C'est un bon anti-émétique, un excellent moyen de vider l'estomac des matières fécaloïdes qui entretiennent la nausée et le vomissement. Il évacue non seulement la poche gastrique, mais encore la partie d'intestin grêle voisine; les observations de Rehn³ le démontrent: au cours de la laparotomie, il fit le pompage stomacal et vit les matières refluer de l'estomac vers l'intestin, en même temps que s'affaissaient les anses météorisées. On y aura donc recours pour diminuer le météorisme abdominal. Par l'évacuation

¹ Thibierge, thèse de Paris, 1884.

² Boudet de Paris, Communication au Congrès international des sciences médicales. Copenhague, 14 août 1884. *Progrès médical*, 1884.

³ Rehn, *Centralblatt f. Chirurgie*, 1887.

dés produits putrides stagnant dans l'estomac et le tronçon intestinal adjacent, ce lavage permet aussi de combattre l'autointoxication septique qui termine si souvent les obstructions à marche lente. On peut lui accorder encore, avec Nicaise et Ewald, la propriété de déterminer des contractions intestinales réflexes.

« Voilà de bonnes raisons pour essayer le pompage gastrique dans l'obstruction vraie, où domine l'engouement. Dans l'étranglement intestinal, c'est une autre affaire. Duret croit cependant qu'il peut alors être employé avant la chloroformisation et prévenir l'irruption dans l'arbre respiratoire des matières fécaloïdes qui pourraient être vomies : pendant la laparotomie, pour diminuer la distension des anses et faciliter les recherches ; après la laparotomie pour supprimer les vomissements et prévenir les résorptions putrides. » (Forgues et Reclus, *Thér. chir.*, t. II, p. 678.)

Enfin, il est des auteurs qui, loin de fatiguer l'intestin par des stimulants, recommandent au contraire de donner de l'*opium* ; dès 1862, Le Fort en recommandait la substitution aux purgatifs dans le traitement de l'étranglement interne, Teleky¹ préconise même l'administration de ce médicament à hautes doses, 3 à 5 centigrammes toutes les deux heures, jusqu'à 50 centigrammes et même 1 gramme par jour. L'*opium* calmerait les douleurs, ferait cesser les mouvements péristaltiques et combattrait le collapsus. Après la disparition des mouvements péristaltiques, il fait une irrigation poussée aussi loin que possible.

¹ Teleky, Lettre de Vienne, 1894 (*Sem. méd.*, 1894).

Kœnig conseille l'*opium* à doses moyennes. A l'instar de cet auteur nous admettons que c'est un adjuvant qui peut être utile surtout dans les cas de dysperistaltisme, mais nous ne voyons pas bien comment il peut agir dans les occlusions post-opératoires dues à des adhérences avec coudures. Peut-être pourrait-il faire disparaître une contracture ou empêcher dans de faibles proportions les anses intestinales de se déplacer et d'aller occuper des positions anormales.

En résumé, drastiques, lavements forcés, électrisation par la méthode de Boudet, lavages d'estomac, tels sont les moyens dont dispose la thérapeutique médicale. Encore une fois le chirurgien doit en user avec sobriété : « ainsi que le déclarait Le Dentu à la Société de chirurgie de 1887, on est fondé à abréger d'autant plus la durée de l'épreuve préalable, que les symptômes ont une intensité pressante, et partant, démontrent une stricture serrée. Trélat a eu raison d'insister sur les déplorables conditions où se trouvent les malades, qu'on laparotomise *in extremis*; ils n'arrivent sous le chloroforme et sous le bistouri qu'épuisés, en plein choc péritonéal, souvent refroidis, purgés et siphonnés à outrance. La laparotomie dans l'occlusion intestinale doit devenir précoce, comme est devenue précoce la kélotomie dans l'étranglement herniaire ; c'est à ce prix qu'elle verra s'améliorer sa funèbre statistique. » (Forg. et Reclus, *Thér. chir.*, t. II, p. 680.)

3° *Quelle est la manière de conduire notre intervention chirurgicale.*

Il faut intervenir hâtivement, avons-nous dit, sitôt que les vomissements se répètent, dès que l'absence de selles ou de gaz à quarante-huit heures ou trois jours d'existence, suivant l'état du malade. Evidemment c'est la laparotomie qui s'impose, à quelques exceptions près dont nous dirons deux mots à la fin de ce mémoire. *Comment doit-elle être conduite?*

Le ventre étant largement réouvert, *vous chercherez d'abord à vous faire une idée nette de l'étendue de l'occlusion intestinale.* Pour cela, examinez le cæcum; s'il n'est pas distendu, l'occlusion siège plus haut sur l'intestin grêle. S'il est distendu, portez-vous vers l'S iliaque et voyez quel est son état. Vous arriverez ainsi à voir si l'occlusion retentit à la fois sur le gros et le petit intestin et partant à déterminer approximativement le siège de l'agent constricteur. Dans un cas, nous avons vu par cette méthode M. Aug. Pollosson, découvrir en moins de deux minutes de recherche un cancer siégeant dans la partie supérieure du rectum. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans et le néoplasme n'avait rien qui le fit soupçonner. Mais l'exploration méthodique du cæcum près de l'S iliaque a conduit rapidement et sûrement jusque sur le rectum.

Quand on s'est fait une idée sur l'étendue de l'occlusion, il s'agit d'en trouver la cause : Pour cela, il faut tout d'abord examiner les pédicules, les surfaces cruentées que vous vous rappellerez avoir laissées dans l'abdomen.

Vous verrez si à leur niveau, vous n'avez pas d'anses intestinales adhérentes et coudées. Si oui, libérez-les et tenez-en vous là si votre malade est dans un état de collapsus prononcé. Vous aurez environ neuf chances sur dix d'avoir levé l'obstacle. Mais vous n'en avez pas plus, croyons-nous, et il peut, en outre de la cause d'occlusion que vous avez fait disparaître, en exister d'autres. C'est pour cela, que nous dirons qu'il *faut, dans tous les cas où votre malade n'est pas trop déprimé, pratiquer l'éviscération*. Il faut la faire sans perdre un temps inutile. C'est un excellent moyen de gagner des instants et de tomber sûrement sur l'obstacle. Vous vous rendrez ainsi compte de toutes les causes d'occlusion et vous serez au grand jour pour les libérer. Nous avons eu l'occasion de voir cette méthode suivie par MM. Aug. Pollosson et Jaboulay. Elle nous a toujours séduit par sa lucidité et sa rapidité. On nous objectera la difficulté que l'on peut éprouver à rentrer des anses intestinales et nous savons que nous avons contre cette éviscération l'opinion d'auteurs tels que Mickulicz, Madelung, Terrier, Le Fort. Dans certains cas peut-être d'occlusions à marche lente la surdistension intestinale peut produire des difficultés presque insurmontables. Cependant un chirurgien allemand Von Vahl a préconisé dès 1888 la façon d'agir que nous exposons et sur trois malades porteurs de grands volvulus, deux de ses opérés ont guéri. Nous croyons que, dans les formes aiguës, la rentrée de l'intestin éviscéré est toujours possible. Nous connaissons trois cas où elle ne présenta pas de difficultés sérieuses. Il faut avoir des aides un peu dressés, il faut soulever avec des fils les volets abdominaux et nous croyons qu'avec un peu de dextérité on doit

toujours arriver à rentrer un intestin dans sa loge. Au besoin, on peut tout d'abord installer des fils non constricteurs qui feront comme un treillis au-dessus du tube digestif et diminueront ses excursions migratrices. Petit à petit, on installera les fils définitifs qui achèveront de fermer des portes déjà rapprochées l'une de l'autre par les premières sutures.

En un mot, nous sommes sincèrement convaincus que l'éviscération est la meilleure façon de rechercher et de trouver une occlusion qui n'apparaît pas très facilement; quelques exemples nous portent à admettre qu'au moins dans les occlusions post-opératoires, elle n'entraîne jamais des complications opératoires insurmontables.

Pour être complet, il nous reste à discuter rapidement le traitement de ces occlusions qui surviennent après une intervention sur un pyosalpinx ou qui sont dues à des adhérences aux Mickulicz.

Dans ces cas, on devra hésiter fortement à faire une laparotomie franche. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire à ce sujet les idées que M. Gouilloud a bien voulu nous communiquer. Il conseille tout d'abord, de substituer au Mickulicz abdominal le Mickulicz vaginal. Il a eu l'occasion de l'employer plusieurs fois dans des ablations d'annexes et dans une hystérectomie abdominale avec extirpation vaginale du pédicule. Cette manière de faire a l'avantage de permettre de fermer la cavité abdominale et d'éviter la formation de fistules à son niveau. En outre, elle draine au point déclive.

Dans les cas où survient une occlusion intestinale, il faut enlever le Mickulicz pour le remplacer au besoin. Si

cela ne suffit pas, on doit hésiter à faire une laparotomie qui pourrait transformer une suppuration localisée en péritonite généralisée. Mieux vaut peut-être alors faire l'entérostomie.

En résumé, laparotomie et éviscération dans les occlusions consécutives à une opération aseptique ; ablation du Mickulicz et, au besoin, entérostomie quand on est intervenu sur des foyers septiques, telle est la méthode que nous croyons pouvoir préconiser.

CONCLUSIONS

I. Les occlusions intestinales survenant après les laparotomies relèvent de facteurs multiples.

a. Occlusions par adhérences intestinales au niveau des surfaces cruentées.

b. Occlusions dues à des brides.

c. Occlusions dues à des positions vicieuses de l'intestin.

d. Occlusions de forme spasmodique.

e. Occlusions dues à des fautes opératoires.

II. Le diagnostic en est souvent possible. Parfois cependant, il est difficile à faire avec la péritonite. Dans le cas de doute, mieux vaut l'intervention que l'abstention. Nos observations démontrent que l'abstention donne des résultats déplorables.

Autant que possible il faut agir avant l'apparition des vomissements fécaloïdes.

III. *Traitement.* — A titre préventif il faut recommander la suppression des surfaces cruentées (points de suture, péritonéalisation des pédicules); mais la chose n'est pas toujours possible. Les purgatifs répétés et l'emploi de l'opium avant les laparotomies sont d'une utilité discutable.

Quand l'occlusion est déclarée, il faut être très réservé dans l'emploi des moyens palliatifs.

La seule intervention bien indiquée est la laparotomie secondaire que l'on fera suivre le plus souvent d'une éviscération. Ce dernier procédé permet de trouver presque sûrement l'obstacle et fait gagner du temps.

Dans les occlusions dues à des Mickulicz, ou alors qu'il s'est agi d'une intervention ayant porté sur des milieux septiques, la laparotomie pourrait transformer un foyer d'infection localisée en péritonite généralisée. Dans ces cas, il faudrait tout d'abord enlever le Mickulicz et, si ce moyen ne suffisait pas, on pourrait faire l'entérostomie.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

FOCHIER.

Vu, bon et permis d'imprimer

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer,

LE DOYEN,

LORIET.

BIBLIOGRAPHIE

Spencer Wells, Stat. d'ovar. Med. Times and. Gazette, 1860. 10 mars. — British medical Journal, mars 1879. — On ovarian and uterine Tumors, London, 1872. — Med. chir. Tr., Lond. 1881, 2 s., 167-183.

Kæberlé. Résultats statistiques de l'ovariotomie. Gaz. hebd. Paris, 1858, n° 32. — Gaz. des Hôpitaux, 1867, cas d'ovariotomie suivie d'occlusion.

Henrot. — Des pseudo-étranglements internes, th. de P. 1863.

Thibierge. — Occlusion par paralysie musculaire, th. de P. 1884.

Bucquoy. — Les lavements purgatifs dans l'occlusion intestinale. Gaz. hebd. 1875. — Le lavement électrique contre l'obstruction intestinale. — Jour. de thér. 1878.

Peyrot. — Interv. chir. dans l'obstruction intestinale, th. d'ag. P. 1880.

Bœckel. — Accidents provoqués par le pédicule après l'ovariotomie. Gaz. med. de Strasb., 1881, n° 7.

Le Bec. — Des suites éloignées de l'ovariotomie. Arch. gén. de méd. Paris, 1882, t. 1, p. 663.

Sébileau Paul. — De quelques accidents survenus avant

et après les opérations abdominales. Ann. de gynéc., 1886, t. XXV, p. 118-137.

Ernst Sonntag. — (Observation). Berl. klin. Woch., déc. 1887.

Muller. — (Observations). Deutsche Zeit. f. Chirurgie, 1887.

Wolf Kirsch. 14 obs. d'occl. int. après ovar. Arch. für Gyn. Cologne, 1888. Berlin, Bd. 32, Hft. 11, p. 247.

Niederbing, Kaltenbach et Schwarz. — De l'occl. int. causée par la lapar. Berlin klin. Woch., 27 août 1889, p. 719,

Obalinski. — Berlin. klin. Woch. 1889, n° 12, p. 251.

C. Jacobs. — (Observation). Bull. de la Soc. Belge de gynéc. 1889.

Stevenon. — Lapar. for. tubal. disease ; réopération for intestinal obstruction. British gyn. J. London, 1889-90, v. 190.

H. C. Coe. — (Observations). Amér. Journal, of. obstetric, 1890.

Collas. — De l'occlusion intestinale après la laparotomie, th. de P., 1890.

Lucas Championnière, Terrillon et Villeneuve, de Marseille. — Annales de gyn. 1892 et Soc. de chir. 1892.

W. Easterly Ahston. — Occl. int. après laparotomies The medical News, 1892. Rés. in. Arch. génér. de méd., 1893.

Klotz. — Traitement de l'occl. intest. post-opératoire. Centralbl. f. Gyn., déc., 1892.

Gouilloud. — Hystérectomies abdominales totales. Obs. du mémoire présenté au Congrès français de chir. 1893.

Gangolphe. — De l'occl. intest. par étranglement interne. Sem. med. 1893, p. 159.

Leguen. — (Observation) Bull. méd., 26 septembre 1894.

Kehrer. — Compression complète du rectum par l'utérus myomateux et gravide après la laparotomie Centralbl. f. Gyn. 1894. N° 22, p. 521.

Quénu. — De l'occl. intest. après les laparotomies. Nouv. arch. d'obstét. et de gyn., 25 septembre 1894.

Teleky. — Traitement de l'occl. int. post. op. Lettre de Vienne in. Sem. méd. 1894.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique	9
CHAPITRE II. — Classification, Observations et étude critique.	11
CHAPITRE III. — Diagnostic	43
CHAPITRE IV. — Traitement	46
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE.	61

